ＦＡＸ番号：03-5542-1554　　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

一般社団法人日本乳癌学会御中

貴学会の趣旨に賛同し

下記のとおり寄付を申込みます。

法人名・個人名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者名（法人の場合のみ）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所〒

電話番号

メ－ルアドレス

|  |
| --- |
| 1. 寄付金額　　　金　　　　　　　　　　　　　　　　円
2. 振込先　　（振込予定日　西暦　　　　年　　月　　日）

みずほ銀行　東京営業部（店番号　001）普通預金　１４５６９７５口座名　：　日本乳癌学会　代表　石田孝宣1. 使途について（任意）
2. 該当する項目を選んでください。

□会員　　　□準会員　　　□患者/ご家族　　　□企業　　　□その他　 |

※ご記入いただきました個人情報は、当該寄付にかかわる業務以外には使用しません。

　　　　　　　　　　　　　　　　　**ご寄付ありがとうございました。**